

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1941-1942 — N° 40

Fonctionnement du Service de Pathologie de la Grossesse à la Clinique Obstétricale de l'Hôpital de Grange-Blanche

(Septembre 1933 — Juillet 1939)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 18 Décembre 1941

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

FOUANON Edouard

Elève à l'Ecole du Service de Santé Militaire
né le 18 Juin 1916 à Paris



LYON
IMPRIMERIE DU "SALUT PUBLIC"
71, RUE MOLIERE, 71

—
1941

**Fonctionnement du Service de Pathologie de la Grossesse
à la Clinique Obstétricale de l'Hôpital de Grange-Blanche**

(Septembre 1933 — Juillet 1939)

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1941-1942 — N° 40

Fonctionnement du Service de Pathologie de la Grossesse à la Clinique Obstétricale de l'Hôpital de Grange-Blanche

(Septembre 1933 — Juillet 1939)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 18 Décembre 1941

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

FOUANON Edouard

Elève à l'Ecole du Service de Santé Militaire

né le 18 Juin 1916 à Paris



LYON

IMPRIMERIE DU "SALUT PUBLIC"

71, RUE MOLIERE, 71

—
1941

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. A. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANNOIS, HUGOUNENQ, PIC, CONDAMIN, PAVIOT.
NICOLAS, VILLARD, NOVÉ-JOSSERAND, TIXIER, COLLET, GAYET, CLUZET,
BERARD, COURMONT, GUIART, PIÉRY, VORON, CADE, THEVENOT Léon.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. FROMENT.
Cliniques chirurgicales	SAVY.
Clinique obstétricale et Accouchements	PATEL.
Clinique ophtalmologique	SANTY.
Clinique dermatologique et syphiligraphique	X...
Clinique neurologique et psychiatrique	BONNET
Clinique médicale infantile	FAVRE.
Clinique gynécologique	LEPINE J.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND.
Clinique urologique	COTTE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	REBATTU.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	CIBERT.
Clinique des maladies infectieuses	TAVERNIER.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	DUFOURT.
Chimie biologique et médicale	CHALIER J.
Chimie organique et Toxicologie	PONTHUS.
Matière médicale et Botanique	FLORENCE.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL.
Anatomie	MANCEAU.
Histologie	GARIN.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie interne	POLICARD.
Pathologie générale et thérapeutique	HERMANN.
Anatomie pathologique	CORDIER.
Chirurgie opératoire	X...
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie	MARTIN J.-F.
Médecine légale	SANTY
Hygiène	ARLOING (F.)
Pharmacie et Pharmacologie	MAZEL.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie	ROCHAIX.
	LEULIER.
	GATÉ.

PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours d'Embryologie	M. NOEL.
---------------------------------------	----------

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GABRIELLE	P. RAVAULT	CLAVEL	FROMENT (R.)
CHAMBON	PIGEAUD	LEVRAZ	MARTIN (P.-E.)
REVOL	CROIZAT	BANSSILLON	MOUNIER-KUHN
ENSELME	DELORE	MAILET-GUY	BROUSSY
SEDALLIAN	JOSSERAND	ROMAN	PIFFAULT
CREYSSEL	MORIN	PEYCELON	
DE ROUEMONT	BERTRAND	JOURDAN	

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. le Professeur VORON, Président.

MM. les Professeurs agrégés PIGEAUD, BANSSILLON, BROUSSY, Assesseurs.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

Je dédie cet ouvrage

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES DE COMBAT,
OFFICIERS, SOUS-OFFICIERS ET CHASSEURS
du 71^e Bataillon de Chasseurs à pied
Morts pour la France.

ET A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES DE PROMOTION,
Tombés au Champ d'Honneur.

A MES PARENTS,

C'est à eux que je dois tout.
Leur amour sans bornes et leur
tendresse de tous les instants
sont pour moi le plus précieux
des biens. Je suis heureux de la
joie qu'ils éprouvent aujour-
d'hui et je leur dédie cet
ouvrage, bien faible témoignage
de mon immense amour et de
ma reconnaissance infinie.

A MA FEMME.

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR.

A TOUS LES MIENS.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON,
Professeur de Clinique obstétricale
Chevalier de la Légion d'Honneur

En hommage de respectueuse
gratitude pour le grand honneur
qu'il nous fait d'accepter la pré-
sidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR M. PIGEAUD,

A qui reviennent tous les
mérites de cette thèse et à qui
l'on ne peut aucunement en
reprocher les défauts.

Nous avons trouvé en lui le
maître le plus clair et le
conseiller le plus précieux. Nous
le remercions pour l'accueil cha-
leureux qu'il nous a réservé.
Nous le prions de trouver ici
l'expression de notre déferente
gratitude et de notre respec-
tueuse admiration.

A NOS JUGES,

Hommages respectueux.

A NOS MAITRES
DE L'ÉCOLE DE SANTÉ MILITAIRE
ET DE L'HÔPITAL D'INSTRUCTION DESGENETTES.

A NOS MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES HÔPITAUX DE LYON

A NOS CHEFS.

A TOUS MES AMIS,

PRÉFACE

Ayant eu, à mon retour de captivité, la possibilité de suivre le service de la Clinique obstétricale, j'ai été particulièrement intéressé par les maladies des femmes enceintes et ai demandé à me servir des observations prises au Service de la Pathologie de la grossesse et de consacrer à leur étude ma thèse inaugurale.

Mon Maître, M. Pigeaud, m'a conseillé de consacrer ce travail au classement des faits observés dans le domaine des maladies de la grossesse depuis 1933 (date à laquelle le service de Clinique obstétricale a été installé à Grange-Blanche) jusqu'en juillet 1939.

En 1933, en effet, mon Maître, M. le Professeur Voron a créé un service spécial consacré aux femmes enceintes malades et en a confié la direction à M. le Professeur agrégé Pigeaud, qui l'a personnellement dirigé pendant six années consécutives.

Ce service n'hospitalise pas les avortements, ni les maladies contagieuses qui continuent à être soignés à l'Infirmierie de la Clinique. De même, un certain nombre d'accidents aigus, survenant du côté de l'œuf ou du fœtus sont conduits directement aux salles de travail et ne ressortissent pas du Service de Pathologie de la grossesse.

Ceci étant dit, un grand nombre de malades intéressantes ont été suivies dans ce service spécial. La plupart d'entre elles ont pu être revues après leur sortie de l'hôpital : un nombre important de dossiers a pu être ainsi réuni. Il a paru intéressant d'utiliser ces documents pour servir au classement des faits pathologiques de façon à préciser les définitions et aussi, les limites de certains syndromes observés chez les femmes enceintes.

Un premier travail avait été entrepris par Mme Verboud (thèse Lyon 1936), mais au fur et à mesure que le Service fonctionnait davantage et qu'un plus grand nombre de malades y étaient hospitalisées, certaines conceptions cliniques se sont modifiées et la classification que nous allons essayer d'établir diffère assez nettement de celle exposée par Mme Verboud. Il est bien entendu que les observations de celle-ci figurent dans le travail entrepris aujourd'hui.

M. le Professeur Pigeaud propose de grouper les faits observés à propos des maladies des femmes enceintes de la façon suivante :

- I. — Maladies de la mère préexistant à la gestation, pouvant être aggravées par l'état puerpéral et susceptibles de retentir sur celui-ci : syphilis, tuberculose, néphrites chroniques, diabète, etc.
- II. — Maladies non particulières à la grossesse mais qui, apparaissant au cours de la puerpéralité, influent sur l'évolution de la gestation ou revêtent de ce fait une allure particulière :
— Maladies des différents appareils ;

- Maladies infectieuses aiguës ;
- Intoxications exogènes.

III. — Maladies spéciales à l'état de grossesse :

- Vomissements gravidiques ;
- Néphropathies gravidiques ;
- Eclampsisme.

IV. — Maladies ou accidents survenant du côté de l'utérus, de l'œuf, du fœtus :

- Rétroversion de l'utérus gravide ;
- Mole hydatiforme ;
- Hydramnios ;
- Mort du fœtus in utero ;
- Placenta prævia ;
- Avortement ;
- Décollement prématuré du placenta normalement inséré ;
- Rupture prématurée des membranes ;
- Hémorragies utérines de nature diverse.

C'est en suivant ces directives que nous avons classé cinq cent soixante-huit observations, recueillies en six ans dans le Service de Pathologie de la grossesse. Nous allons étudier successivement les différents groupes de faits pathologiques que nous venons d'énumérer. Nous donnerons dans chaque groupe toutes les références permettant de retrouver les observations dont nous faisons état, ne publiant aucune d'entre elles, mais faisant suivre chacun des groupes des commentaires nécessaires pour comprendre le groupement des faits et juger l'intérêt qu'ils représentent.

CHAPITRE PREMIER

MALADIES DE LA MERE, PREEXISTANT A L'ETAT DE GESTATION, POUVANT ETRE AGGRAVEES PAR L'ETAT PUERPERAL ET SUSCEPTIBLES DE RETENTIR SUR CELUI-CI

Dans ce premier groupe, nous classons toutes les maladies chroniques existant chez la mère avant l'accouchement. La plupart de ces affections chroniques n'entraînent pas l'hospitalisation ; on sait bien, en effet, que la plupart des cardiaques, que beaucoup de tuberculeuses fibreuses, qu'un certain nombre d'albuminuriques supportent très bien leur grossesse, sans présenter le moindre accident.

Dans notre travail, au contraire, nous ne tenons compte que des femmes hospitalisées au cours de leur gestation, soit que les signes de la maladie chronique aient été tellement importants qu'ils aient conduit à redouter une complication laquelle a pu du reste ne pas se produire, soit qu'un accident aigu ait imposé une hospitalisation d'urgence.

Le nombre des affections chroniques susceptibles de retentir sur la marche de la grossesse ou d'être aggravées par celle-ci, est très important. Beaucoup d'entre elles ne figurent pas dans nos observations, soit du fait

de leur rareté, soit du fait de leur nature. C'est ainsi que la syphilis, donnant des complications du côté de l'œuf et du fœtus, ne nécessite jamais ou ne nécessite qu'exceptionnellement l'hospitalisation dans les salles de la pathologie de la grossesse ; la mort du fœtus in utero, l'accouchement prématuré, la macération fœtale sont observés dans les salles de travail et échappent ainsi à notre observation.

Ceci étant dit, nous avons recueilli 151 observations de cette catégorie. Nous les classerons de la manière suivante :

Cardiopathies	33 observations	
Tuberculose pulmonaire	64	—
Néphrites chroniques	34	—
Hypertension solitaire	2	—
Diabète	6	—
Diabète insipide	1	—
Maladie de Basedow.....	2	—
Ictère hémolytique	1	—
Maladies du système nerveux....	7	—
Néo du sein.....	1	—

Nous allons passer rapidement en revue chacun de ces groupes.

I. — CARDIOPATHIES

33 observations

Il s'agit de malades ayant été hospitalisées pour accidents gravido-cardiaques. Mais ces accidents, très inégaux entre eux, allant de la simple dyspnée d'effort jusqu'à l'œdème aigu du poumon ou à l'insuffisance

ventriculaire, nous permettent de subdiviser ces 33 observations en deux groupes :

1° Dans un premier groupe, nous rangeons les cas où les accidents gravido-cardiaques furent légers, c'est-à-dire qu'une thérapeutique appropriée permit à la grossesse d'aller à terme, et à l'accouchement de se passer normalement. C'est ce que nous voyons dans les 23 de nos observations, 23 très exactement.

R1	107	R3	72
»	293	»	131
»	309	»	132
R2	102	»	215
»	112	R4	3
»	116	»	35
»	130	»	62
»	138	»	63
»	177	»	148
»	206	»	164
»	258	»	217
		»	241

2° Dans ce deuxième groupe au contraire, les accidents gravido-cardiaques furent graves, si graves parfois qu'il fallut intervenir pour arrêter une grossesse dangereuse pour la mère ou pour éviter à cette dernière une grossesse ultérieure. La thérapeutique habituelle se révéla souvent inefficace.

Nous avons relevé 10 observations de cet ordre. Nous pouvons les ranger de la manière suivante :

a) *accidents gravido-cardiaques et mort de la mère :*

R1 8

R2 127 enfant mort pendant le travail.

R2 150 enfant mort ; début de macération.

R3 182 mort de la mère quelques jours après l'accouchement.

R4 146 mort de la mère quelques jours après l'accouchement.

R4 211 césarienne post-mortem ; enfant mort-né.

b) *accidents gravido-cardiaques et avortement thérapeutique* :

R1 8 déjà cité.

R3 265 stérilisation de la mère.

c) *accidents gravido-cardiaques et accouchements normaux* :

R1 162

R3 60

R3 95

d) *accidents gravido-cardiaques et stérilisation* :

R3 265 déjà cité.

R1 8 déjà cité.

A propos de ces observations, nous nous bornerons à rappeler les considérations que MM. Voron, Pigeaud et Magnin ont développées au sujet de ces mêmes malades au Congrès de Lausanne, en 1939 (Gynécologie et Obstétrique 1939, Tome 40, n° 42, p. 151).

« Si nous étudions maintenant la conduite tenue, une première constatation s'impose : celle de l'échec de l'interruption de la grossesse lorsque les accidents de défaillance cardiaque ont déjà nettement fait leur apparition, ayant pratiqué trois fois cette intervention à titre curatif, nous avons eu un seul succès contre deux morts. De ce point de vue, seul nous semblerait légitime l'emploi, en fin de grossesse, des méthodes

chirurgicales destinées à éviter les dernières semaines de la gestation et les efforts du travail, tout en sauvegardant au maximum l'intérêt de l'enfant ; l'accouchement prématuré provoqué nous paraît beaucoup moins exempt de critiques d'après l'expérience des 8 cas que l'un de nous a pu en recueillir sur l'ensemble des 45.000 accouchements qui se sont déroulés ces 10 dernières années dans 3 services lyonnais.

L'interruption curative de la grossesse n'apparaît pas ainsi comme un moyen efficace de lutter contre la lourde mortalité et les aggravations que cause la gravité chez les cardiaques. Nous pensons que seule une thérapeutique « prophylactique » peut être réellement utile en cette matière. Elle est évidemment impossible à appliquer chez les femmes qui n'ont pas eu de défaillance cardiaque, les éléments de pronostic les plus soigneusement étudiés ne nous permettent pas, en effet, de prévoir l'évolution de la cardiopathie chez de telles malades. Par contre, la prophylaxie doit s'exercer chez les cardiaques ayant déjà présenté des accidents de décompensation avant leur grossesse ou encore des accidents gravido-cardiaques graves lors d'une grossesse antérieure.

Elle pourra alors utiliser deux moyens :

— un moyen palliatif qui est l'avortement thérapeutique prophylactique tout au début de la grossesse ;

— un moyen de choix qui est la stérilisation chirurgicale en dehors de la gestation.

Nous reconnaissons les inconvénients inhérents à cette pratique et nous savons que quelques femmes ayant présenté des accidents graves lors d'une pre-

mière grossesse, peuvent cependant mener à bien une seconde gestation, mais nous savons aussi que de tels faits sont l'exception. Nous n'ignorons pas plus qu'en agissant de la sorte nous sacrifierons un certain nombre d'enfants. Mais si, dans notre statistique, nous envisageons le sort de ceux dont les mères ont présenté des accidents paroxystiques, nous constatons qu'ils sont morts dans la proportion de un tiers et cela mérite réflexion. »

II. — TUBERCULOSE PULMONAIRE

64 observations

Il s'agit de femmes mises en observation dans le service et pour lesquelles a été discutée l'opportunité d'interruption de grossesse. Nous voyons qu'à propos de ces 64 femmes, 23 avortements thérapeutiques ont été provoqués. Ce nombre important s'explique par la clientèle un peu particulière du service qui hospitalise un grand nombre de malades venant du sanatorium de Hauteville.

Ces 64 observations se divisent en deux groupes suivant que l'avortement thérapeutique a ou n'a pas été pratiqué.

1° *Sans avortement thérapeutique* : 41.

R1	18	R1	131
»	33	»	242
»	88	»	274
»	93	»	300
»	117	R2	16

R2	42	R3	193
»	164	»	202
»	167	»	210
»	209	»	274
»	211	»	279
»	231	R4	17
»	239	»	33
»	274	»	53
»	290	»	82
»	294	»	156
»	299	»	162
R3	6	»	177
»	29	»	189
»	97	»	195
»	123	»	224
»	171		

2° Avec avortement thérapeutique : 23.

R1	67	R2	252
»	159	R3	64
»	291	»	70
R2	9	»	168
»	11	»	197
»	14	»	249
»	39	»	256
»	111	»	259
»	154	»	89
»	215 stérilisation.	»	122
»	226	»	202
»	250		

A ce propos, nous rappellerons simplement les indications thérapeutiques dans la tuberculose pulmonaire

telles qu'elles ont été formulées par notre maître, M. Voron.

« Le traitement de la femme enceinte tuberculeuse ne doit pas être systématiquement conservateur ou interventionniste, il peut être l'un ou l'autre suivant les cas qui se présentent et dont chacun sera envisagé à part, en dehors de toute idée préconçue.

Le traitement sera *uniquement médical* lorsque :

a) la grossesse a dépassé trois mois, quelque soit la forme et la nature des lésions ;

b) la tuberculose revêt une forme grave (lésions étendues ou à marche rapide) ou au contraire, n'a pas tendance à évoluer (formes figées, cicatricielles).

L'interruption de la grossesse pourra être admise seulement lorsque :

1° la grossesse n'a pas dépassé trois mois ;

2° s'il s'agit d'une tuberculose *franchement évolutive*, mais jugée encore *curable*, cette appréciation pronostique dont dépend toute la décision de la clinique et du laboratoire.

L'intervention devra être rejetée toutes les fois que les *circonstances cliniques* (forme favorable à l'institution d'un pneumothorax artificiel) ou *sociales* (possibilité d'un traitement hygiéno-diététique suivi pendant toute la durée de la grossesse et des suites de couches) paraîtront laisser à la malade des chances de guérison par le seul traitement médical.

L'indication de choix de l'intervention serait donc : *lésions bilatérales à tendance évolutive*, mais encore *curable* chez une femme de la classe ouvrière, enceinte de moins de trois mois.

Ainsi limitée, l'interruption de la grossesse apparaît

comme une *thérapeutique d'exception*, le traitement étant médical dans la majorité des cas.

D. — L'intervention, lorsqu'elle sera admise, sera, le plus souvent, *l'avortement provoqué*, plus rarement *l'hystérectomie* qu'on réserve plutôt aux femmes âgées, épuisées, qui ont déjà des enfants et chez qui il faut redouter les risques d'une nouvelle grossesse. La *stérilisation* sans hystérectomie a quelques partisans.

E. — Toute l'attention des médecins et des accoucheurs doit être appelée sur *l'aggravation* fréquente de la tuberculose par l'état puerpéral afin que :

- a) le traitement médical qui est celui de l'immense majorité des cas soit appliqué dès le début de la gestation dans toute sa rigueur et avec tous les moyens dont on dispose ;
- b) l'interruption de la grossesse, jugée par quelques-uns favorable à l'intérêt de la mère, puisse être sinon *admise*, du moins discutée à la seule période où elle est susceptible d'être efficace, c'est-à-dire à la fin du troisième mois. »

III. — NEPHRITES CHRONIQUES

34 observations

La lecture de nos observations nous montre que les néphrites chroniques préexistant à la gestation se divisent en deux groupes :

— Il existe d'abord des néphrites chroniques monosymptomatiques se traduisant uniquement par une albuminurie. Il s'agit là de ce que M. Teissier appelait les néphrites résiduelles. Dans la majorité des cas, de

pareilles malades supportent très bien leur grossesse et accouchent à terme d'enfants vivants ; les complications n'apparaissent guère chez de telles femmes qu'au cours des trois derniers mois.

— Dans le deuxième groupe, nous trouvons les néphrites chroniques poly-symptomatiques dans lesquelles l'albuminurie s'accompagne d'œdème et surtout de modifications tensionnelles et où il peut même exister une légère augmentation du taux de l'urée sanguine. Chez de pareilles femmes, qui sont souvent des primipares âgées, la grossesse est extrêmement dangereuse, provoquant le plus souvent des poussées évolutives graves dès le début de la gestation. De pareils faits sont heureusement rares, car la grossesse survenant habituellement sur des femmes jeunes, la lésion rénale n'a pas encore eu le temps d'évoluer jusqu'à la néphrite poly-symptomatique.

A propos de nos observations, nous voyons que la grossesse a évolué sans incidents mortels 19 fois sur 34. Voici les références de ces 19 cas :

- R1 209
- » 322
- R2 6
- » 87
- » 105
- » 151
- » 270
- R3 5
- » 42
- » 47 hématuries.
- » 164
- » 175

R3 251 accouchement provoqué à terme.

R4 52 néphrite datant d'une grossesse antérieure.

» 104

» 126

» 191

» 223

» 228

Au contraire, 15 fois sur 34, nous trouvons des faits intéressants :

a) trois fois, *les femmes ont succombé* dans le service à une urémie progressive.

R1 238

R2 97

R4 115

b) trois fois, *l'enfant est mort in utero* au cours des derniers mois de la grossesse.

R2 187

R3 39

» 118

c) cinq fois, l'évolution de la néphrite a provoqué un ~~avortement~~ au cours des premiers mois de la gestation.

R1 3

» 221

R2 165

» 196

R4 69 enfant macéré.

d) quatre fois, des mesures prophylactiques ont dû être prises. *L'avortement thérapeutique* a été mis en œuvre dans deux cas.

R1 169

R4 16

Deux fois, devant la répétition de poussées évolutives au cours de grossesses successives et alors que l'enfant avait succombé du fait de l'aggravation de la néphrite, on a proposé et réalisé une *stérilisation chirurgicale* par résection partielle des trompes.

R3 39 déjà cité.

» 203

IV. — HYPERTENSION SOLITAIRE :

2 cas

Nous possédons deux observations d'hypertension solitaire préexistant à la gestation.

R2 196

R4 107

Ces observations figurent dans la thèse de Monsieur Michelland et il nous paraît intéressant, à leur propos, de rappeler les conclusions adoptées par M. Michelland à propos d'un nombre plus important de cas (thèse Lyon 1941) :

1° — L'influence de la grossesse sur l'hypertension artérielle préexistante est variable. Si l'hypertension a été nettement aggravée pendant la grossesse dans la moitié des cas, l'évolution ultérieure n'a pas toujours été aussi rapide qu'on aurait pu le craindre.

2° — L'influence de l'hypertension solitaire sur la grossesse semble moins défavorable que celle des hypertensions accompagnant une néphropathie gravidique. Nous n'avons en particulier noté ni éclampsie ni décollement prématuré du placenta.

La mortalité fœtale est cependant très importante, apparaissant comme une réaction de défense de l'organisme contre le risque que lui fait courir la grossesse.

3° — Au point de vue thérapeutique, l'avortement semble rarement indiqué. Avec un traitement médical bien conduit, on pourra le plus souvent attendre la date de viabilité fœtale et provoquer prématurément l'accouchement dans le double intérêt de la mère et de l'enfant.

La stérilisation est à discuter ultérieurement.

V. — DIABETE SUCRE :

6 observations

Il s'agit de malades suivies longuement dans le service et pour certaines d'entre elles, hospitalisées à plusieurs reprises. Les observations figurent dans la thèse de M. Vuarnet (thèse Lyon 1934). Voici ses conclusions :

1) Dans tous nos cas, le diabète préexistait à la gestation à l'occasion de laquelle la malade est venue dans le service. Quatre fois sur cinq (la même malade ayant accouché deux fois dans le service), le diabète avait été diagnostiqué en dehors du service à l'occasion d'une grossesse antérieure.

2) Quatre fois sur cinq, la grossesse n'a paru avoir aucune action définie sur le diabète. Deux fois seulement la gestation a paru aggraver nettement le diabète, la malade ayant présenté au cours des deux derniers mois un syndrome de diabète grave avec acidose. Dans les deux cas, la thérapeutique par l'in-

suline a eu de très heureux effets sur l'évolution des phénomènes pathologiques.

3) Dans tous les cas où le travail n'a pas été provoqué artificiellement, la gestation a évolué jusqu'au voisinage du terme.

4) Les 5 observations que nous avons recueillies et qui comportent la relation de 6 accouchements, nous montrent que chez les diabétiques présentant avant la gestation un diabète bénin, l'enfant peut naître vivant et se développer normalement dans un nombre de cas relativement important, puisque 4 enfants nés vivants sont sortis vivants du service et que, pour les trois seuls dont on ait eu des nouvelles, ils étaient encore vivants plusieurs mois après l'accouchement.

5) Il est important de remarquer que trois de ces quatre enfants vivants étaient nés à la suite d'un accouchement provoqué un mois avant terme.

On est donc en droit de dire que l'accouchement prématuré provoqué chez les diabétiques, habituellement pratiqué dans l'intérêt de la mère ou dans un intérêt de mécanique obstétricale, représente en outre un élément thérapeutique favorable au fœtus lui-même, lequel, ainsi qu'en témoignent les lésions observées chez certains enfants morts, vit au cours des derniers mois de la grossesse, dans un milieu humoral manifestement défavorable. »

Voici les références de nos six observations :

R1	27	R3	190
»	176	»	230
»	374	R4	64
thérapeutique.			

Nous classons ici une observation de *diabète insipide* extrêmement intéressante et qui a été suivie pendant longtemps dans le service :

R3 128.

VI.

Nous arrivons maintenant à un groupe d'observations disparates au sujet desquelles aucune considération ne peut être formulée, car leur nombre n'est pas suffisant pour que l'on puisse entreprendre un travail d'ensemble. Nous ne faisons donc qu'énumérer les observations en donnant leurs références exactes afin qu'elles puissent être retrouvées pour prendre place ultérieurement dans une étude plus complète et basée sur un nombre important d'observations.

a) *Basedow et grossesse :*

R4 173

R4 206

b) *Ictère hémolytique :*

R4 179

c) *Système nerveux et grossesse :*

— gestation et Parkinson :

R2 114

R3 300

R3 248

— paraplégie d'origine poliomyélitique et gestation :

R3 255

R3 31

R4 120

— hémiplégie :

— névrite :

R2 152

d) *Néoplasme du sein :*

R3 138

CHAPITRE II

**MALADIES NON PARTICULIERES A L'ETAT
DE GESTATION, MAIS QUI, APPARAISSANT
AU COURS DE LA PUERPERALITE,
INFLUENT SUR L'EVOLUTION DE LA GESTATION
OU PRENNENT DE CE FAIT UNE ALLURE
PARTICULIERE (pyélonéphrites exceptées)**

Toutes les maladies de tous les appareils peuvent évidemment entrer dans ce groupe. Nous n'en voyons cependant pas beaucoup, car la plupart des malades présentant, au cours de la puerpéralité, une affection aiguë du poumon ou du tube digestif, sont hospitalisées et traitées dans un service de médecine.

Certaines affections que nous observons très fréquemment et qui théoriquement rentrent bien dans le cadre de ce chapitre sont les atteintes aiguës de l'arbre urinaire (pyélites et pyélonéphrites). De pareils syndromes s'observent évidemment bien en dehors de la puerpéralité. Cependant, étant donné le caractère si particulier revêtu par la colibacillose à localisation urinaire chez les femmes enceintes, nous n'hésitons pas à classer de tels faits dans le cadre des maladies spéciales à l'état de gestation.

Nous possédons 57 observations de cet ordre. Nous

les classons un peu arbitrairement de la façon suivante :

A. — AFFECTIONS PLEURO - PULMONAIRES
AIGUES :

19 observations

1° Bronchite et gestation :

R1 97

R3 115

» 298

R4 194

2° Asthme aggravé par gestation :

R3 12

Crises d'asthme en fin de gestation :

R3 80

3° Pleurésie :

R1 65

R2 113

» 190

R3 37

» 281

B. — AFFECTIONS RENALES :

5 observations

1° Lithiase rénale :

R3 27

2° Néphrite aiguë :

R1 231

R3 13

» 219

R4 190

C. — AFFECTIONS DU TUBE DIGESTIF :

12 observations

1° Appendicite au 6^e mois :

R3 94

2° Crise de sub-occlusion intestinale :

R3 225

3° Troubles dyspeptiques chez un nerveux :

R3 61

4° Embarras gastrique :

R4 123

5° Ulcère gastrique ancien :

R3 227

Syndrome d'ulcus gastrique :

R4 188

6° Epithélioma du rectum :

R3 263

7° Lithiase vésiculaire :

R1 20

8° Urticaire récidivant généralisé :

R1 26

9° Ictère catharal :

R1 142

R2 256

10° Néo du foie :

R1 312

D. — COLIBACILLOSE :

4 *observations* :

1° Colibacillose :

R2 204

2° Colibacillose avec hépatite et pyélite :

R3 18

3° Septicémie à colibacilles :

R3 187

4° Colibacillose avec manifestations hépato-rénales :

R4 114

5° Colibacillose :

R4 77

E. — MALADIES DU SANG :

1 *observation*

1° Leucémie et grossesse :

R1 146

F. — AFFECTIONS AIGUES :

2 *observations*

1° Rhumatisme articulaire aigu :

R3 25

2° Rhumatisme gonococcique :

R3 198

G. — AFFECTIONS GYNÉCOLOGIQUES AU
COURS DE LA GESTATION :

13 *observations*

1° Fibrome et grossesse :

R1 11

R1 59

R3 1

» 10

R4 172

» 197

2° Kyste de l'ovaire et grossesse :

R1 52

» 63

R2 262

R4 208

3° Bartholinite aiguë :

R3 143

4° Vaginite aiguë non gonococcique :

R3 27

5° Vaginite granuleuse :

R2 297

Tous ces faits ne sont pas très intéressants au point de vue pathologie de la grossesse ou du moins leur intérêt s'efface un peu devant celui qui s'attache à l'étude des maladies véritablement spéciales aux femmes enceintes.

Nous ne ferons donc aucun commentaire, attirant seulement l'attention sur un point qui nous semble très intéressant : à savoir, la réalité du syndrome néphrite aiguë au cours de la gestation. Nous rappelons la référence des 4 observations que nous avons pu recueillir :

R1 231

R3 13

» 219

R4 190

**MALADIES SPECIALES A L'ETAT DE GESTATION,
Y COMPRIS LES AFFECTIONS AIQUES
DE L'ARBRE URINAIRE**

Ce chapitre comprend les maladies de beaucoup les plus intéressantes. On doit y classer sans discussion les :

- Vomissements de la grossesse et les
- Néphropathies gravidiques.

Ce sont bien là des maladies que l'on ne voit que pendant la grossesse et qui, du fait de leur fréquence et de leurs conséquences possibles, tant pour la mère que pour l'enfant, jouent un rôle très important au cours de la puerpéralité.

Mais à côté de ces affections, nous pensons que l'on peut ranger également d'autres maladies que l'on voit bien en dehors de la puerpéralité mais qui, lorsqu'on les observe chez les femmes enceintes, revêtent une allure tellement particulière que l'on est fondé à les considérer comme spéciales à l'état de gestation. Nous classons ici les :

- Pyélites gravidiques ;
- Pyélonéphrites gravidiques ;
- Anémies pernicieuses au cours de puerpéralité ;
- Névrites au cours de puerpéralité.

I. — VOMISSEMENTS :

82 observations

Nous allons tout d'abord donner les références de

nos observations. Nous basant sur l'intensité des faits observés, nous avons pu distinguer des cas dits « vomissements simples » et des cas dits « vomissements graves ». Nous exposerons plus loin les conditions que doit remplir le syndrome « vomissement grave ».

Vomissements simples : 46.

R1	1	R3	46
»	24	»	91
»	115	»	105
»	119	»	133
»	153	»	135
»	156	»	141
»	165	»	150
»	232	»	195
»	240	»	210
»	257	»	221
»	263	»	224
»	321	»	280
»	327	R4	7
»	335	»	8
R2	92	»	12
»	184	»	55
»	186	»	94
»	195	»	149
»	269	»	150
»	287	»	161
R3	2	»	183
»	23	»	196
»	35	»	236

Vomissements graves : 36.

R1	12	
»	74	
»	110	
»	297	
»	314	
»	380	
R2	8	
»	28	fausse-couche
»	78	
»	84	
»	119	
»	134	
»	147	
»	155	
»	163	
»	171	
»	178	
»	200	
»	205	
»	254	
»	276	avortement thérapeutique
»	299	
R3	30	
»	78	fausse-couche spontanée
»	206	
»	254	avortement spontané
»	293	
R4	20	
»	44	
»	47	

R4	48
»	73
»	83
»	99
»	124
»	213

Notons à propos des 36 observations de vomissements graves, que par 2 fois on a été conduit à pratiquer un avortement thérapeutique :

R1 12

R2 276

De l'examen de ces 82 observations, un premier fait se dégage :

La grande difficulté du diagnostic des vomissements graves en dehors de cas extrêmes.

Nous placerons donc ici la définition des vomissements graves telle que l'ont proposée MM. les Professeurs Voron et Pigeaud dans leurs différentes publications :

« Le diagnostic des vomissements graves ne peut être légitimement porté que lorsque les signes suivants se trouvent réunis chez une femme enceinte :

1° caractère des vomissements : vomissements véritablement incoercibles, avec intolérance absolue tant pour les aliments solides que pour les aliments liquides ;

2° déshydratation à marche rapide : perte de poids importante de l'ordre de 200 à 300 gr. par jour et une oligurie marquée ;

3° un état d'acidose caractérisé par : la présence d'acétone dans les urines, l'élévation notable du coef-

ficient de Maillard et une chute de la réserve alcaline lorsque l'on juge utile de faire pratiquer cette dernière recherche.

Toute vomisseuse qui ne présente pas ces trois sortes de symptômes ne présente pas des vomissements graves de la grossesse. »

M. Pigeaud insiste sur l'extrême fréquence des signes de déséquilibre neuro-végétatif observés chez ces malades.

Un autre fait est intéressant à étudier : sur quoi se baser pour porter un pronostic ? A la clinique obstétricale, on ne tient aucun cas ni du taux de la diurèse ni de l'accélération du pouls. Ces signes n'ont aucune valeur pronostique et nous sommes d'accord avec certains auteurs comme Rolland Leven lorsqu'ils prétendent que les signes sur lesquels s'appuient et le diagnostic et le pronostic des vomissements graves demandent à être révisés.

A la clinique obstétricale, nous nous basons sur :

- 1° la courbe du poids ;
- 2° la courbe du coefficient de Maillard ;
- 3° l'influence de l'isolement et de la psycho-thérapie.

Ces signes nous permettent habituellement de prévoir, d'une façon que l'expérience révèle assez sûre, l'évolution réelle de la maladie.

II. — NEPHROPATHIES GRAVIDIQUES :

90 observations

Nous allons classer les néphropathies gravidiques en

suivant les directives observées à la clinique obstétricale. Cette classification se trouve exposée dans l'article que M. le Professeur Pigeaud consacre aux néphropathies gravidiques dans le *Lyon Médical* d'octobre 1941.

Nous distinguerons donc :

- a) les néphropathies albumineuses simples ;
- b) les néphropathies avec œdèmes sans hypertension ;
- c) les néphropathies avec hypertension, qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas d'œdème.
- d) nous ajouterons une observation de néphropathie gravidique à type de néphrose lipéidique.

Voici les références de nos 90 observations :

Type albumineux simple : 25 cas.

R1	15	R2	117
»	17	»	120
»	28	»	143
»	101	»	158
»	138	»	165
»	186	»	173
»	236	R3	3
»	348	»	68
»	382	»	184
R2	4	R4	112
»	23	»	128
»	34	»	143
»	36		

Type œdémateux : 34 cas.

R1	99	
»	250	
»	364	
»	368	
R2	48	
»	57	
»	67	accouchement provoqué à terme
»	69	
»	118	
»	125	
»	135	néphrite chronique consécutive
»	170	
»	255	œdèmes importants 6 semaines avant albuminurie
»	295	
R3	15	
»	16	œdèmes ayant précédé l'albuminurie de 2 mois
»	22	
»	26	œdèmes importants sans albuminurie ni TA
»	28	œdèmes importants sans albuminurie ni TA
»	55	
»	89	
»	145	
»	189	
»	205	
»	211	
»	239	enfant macéré.

- R4 31 accouchement provoqué à terme.
» 60
» 129 œdèmes importants pendant toute la grossesse, albuminurie seulement 15 jours avant terme.
» 139 accouchement prématuré.
» 168
» 218
» 219
» 232

Type hypertensif : 30 cas.

- R2 110 néphrite chronique consécutive.
» 207
» 247
» 303
R3 14
» 100 mort du fœtus in utero ; néphrite chronique.
» 113
» 117
» 122 fœtus araignée.
» 136
» 139
» 173
» 183
» 200
» 243 avortement spontané.
» 289
» 294
R4 1
» 4

R4	26
»	36
»	49
»	68 décollement prématuré du placenta.
»	78 accouchement prématuré.
»	98
»	119
»	130 mort du fœtus in utero.
»	133
»	142
»	231 accouchement provoqué à terme.

Type néphrose lipoïdique : 1 cas.

R1 228.

Nous rappelons pour ce qui est « néphropathie gravidique avec hypertension » que nous ne rangeons dans ce type que les femmes ayant présenté au cours de leur grossesse une hypertension prolongée pendant plusieurs semaines avec maxima supérieure à 18. Ce chiffre 18 a été choisi arbitrairement de telle façon qu'aucune critique sérieuse ne puisse être opposée au qualificatif d'hypertensive donné à ce type de néphropathie ; mais il est bien évident que ce chiffre 18 est trop élevé et que, ainsi que l'a dit M. le Professeur Pigeaud, cette classification des néphropathies est provisoire et doit être remaniée afin de donner aux manifestations tensionnelles dès qu'elles sont manifestes et quel que soit le chiffre traduisant leurs modifications, l'importance qui paraît leur revenir.

III. — INFECTIONS DE L'ARBRE URINAIRE :

141 observations

Elles sont extrêmement fréquentes chez la femme enceinte ; elles revêtent une symptomatologie bien particulière et paraissent être la conséquence directe des modifications physiologiques de l'uretère chez la femme gravide. Elles guérissent presque toujours rapidement et complètement après l'accouchement.

Ces caractères justifient le classement de ces cas dans le groupe des maladies spéciales à l'état de gestation.

Nous avons distingué, éliminant les cystites banales dont voici les références de nos 7 observations :

R1 42

R2 30

» 58

» 202

R3 56

» 79

R4 87

les pyélites et pyélonéphrites.

Nous disons pyélonéphrite toutes les fois que l'atteinte rénale se traduit d'une manière évidente par l'un des signes suivants : taux de l'albumine supérieur à 10 ctg., présence de cellules de l'épithélium rénal lors de l'examen cytologique.

Cette distinction est d'ailleurs capitale au point de vue pronostic. Lorsqu'en effet il s'agit d'une pyélonéphrite, nous pouvons assister à des accidents extrêmement redoutables, soit du côté de la mère, soit du côté du fœtus, réalisant ainsi le syndrome que M. Fruhinzoiz a étudié sous le nom de pyélonéphrite gravidito-toxique.

S'agit-il au contraire d'une simple pyélite ! Nous nous trouvons alors en présence d'une infection douloureuse, ennuyeuse par sa ténacité au cours de la puerpéralité, mais relativement peu grave tant au point de vue fœtal que maternel.

Ceci étant dit, donnons les références de nos observations :

Pyélites : 81 cas.

R1	14	R1	372
»	16	R2	3
»	46	»	7
»	95	»	10
»	134	»	12
»	153	»	52
»	175	»	59
»	182	»	63
»	190	»	76
»	207	»	79
»	213	»	88
»	218	»	90
»	230	»	101
»	233	»	107
»	265	»	108
»	268	»	133
»	295	»	145
»	316	»	192
»	336	»	198
»	339	»	210
»	341	R3	20
»	354	»	36
»	359	»	52

R3	53	R4	52
»	54	»	59
»	112	»	71
»	153	»	75
»	156	»	93
»	167	»	95
»	186	»	96
»	199	»	106
»	208	»	113
»	217	»	145
»	232	»	151
R4	5	»	158
»	13	»	159 + cystite.
»	19	»	160
»	21	»	166
»	24	»	185
»	27	»	187
»	28		

Pyélonéphrites gravidiques : 53.

R1	2	R2	262
»	23	»	264
»	103	»	267
»	122	»	268
»	283	»	278
R2	24	»	279
»	46	»	282
»	60	»	301
»	86	R3	11
»	121	»	41
»	161	»	59
»	197	»	83

R3	93	R3	286
»	99	»	288
»	116	»	291
»	128	R4	2 avec modifi-
»	149		cations ten-
»	163		sionnelles.
»	164	»	15
»	181	»	29 calcul d u
»	177		bassinets.
»	179	»	67
»	185	»	76
»	212	»	84
»	213	»	135
»	222	»	205
»	238	»	246

Pyélonéphrites gravidiques avec abcès du rein :

R1 105

R2 141

IV. — AUTRES MALADIES SPECIALES A L'ETAT DE GESTATION

Nous classons dans ce groupe 3 observations intéressantes : l'une concerne une anémie pernicieuse et 2 des névrites puerpérales :

a) anémie hyperchrome en fin de grossesse :

R4 90

b) névrites gravidiques :

R3 16

R4 207

**MALADIES OU ACCIDENTS
SURVENANT DU CÔTÉ DE L'UTÉRUS
DE L'ŒUF OU DU FŒTUS**

Il s'agit d'un groupe de faits intéressant l'accoucheur au premier chef. Mais il est rare que ces faits soient observés dans le service de pathologie de la grossesse, car c'est à l'occasion d'accidents aigus ou paroxystiques que beaucoup de malades sont amenées à l'hôpital.

C'est ainsi, par exemple, qu'un placenta prævia, qu'un décollement du placenta normalement inséré, qu'une apoplexie utero-placentaire sont amenés directement dans les salles de travail. C'est ainsi également qu'une hydramnios chronique ne nécessitant pas l'hospitalisation échappe à notre observation le plus souvent.

Nous ne trouvons donc ici qu'un petit nombre d'observations : 44 très exactement qui sont les suivantes :

Mort du fœtus in utero : 3.

R1 38

R4 137

» 221

Avortement : 6.

R1 10

» 242

» 330

R2 95

» 193

R3 9

Hémorragies utérines de nature diverse : 5.

R1 282

R3 7

» 194

R3 269

R4 181

Placenta Prævia : 4.

R2	73	R4	32
R3	297	»	40

Hydramnios : 6.

R2	259	R4	10
R3	88	»	14
»	104	»	254

Décollement prématuré du placenta normalement inséré : 4.

R2	164	R2	258
»	246	R4	240

Hydorrhée amniotique : 2.

R3	21	R4	52
----	----	----	----

Rupture prématurée des membranes : 3.

R2	227	R4	241
R3	241		

Rétroversion de l'utérus gravide : 5.

R1	347	R3	36
R2	72	R4	97
»	77		

Môle hydatiforme : 4.

R1	211	R2	106
R2	93	R3	150 dosage 100.000

CONCLUSIONS

- 1° Nous avons étudié les maladies de la grossesse observées chez les femmes enceintes hospitalisées dans le service créé spécialement pour les recevoir à la Clinique obstétricale de l'Hôpital Grange-Blanche.
- 2° Ce service spécial fonctionne depuis le mois de septembre 1933, époque à laquelle la Clinique obstétricale a été installée à l'Hôpital Grange-Blanche. Nous avons recueilli 568 observations.
- 3° Ces différentes affections des femmes enceintes observées dans le service peuvent être classées de la façon suivante :
 - a) Maladies de la mère préexistant à la gestation, pouvant être aggravées par l'état puerpéral et susceptibles de retentir sur celui-ci : 151 observations.
 - b) Maladies non particulières à l'état de gestation, mais qui, apparaissant au cours de la puerpéralité influent sur l'évolution de la gestation ou prennent de ce fait une allure particulière (infections aiguës de l'arbre urinaire exceptées) : 57 observations.
 - c) Maladies spéciales à l'état de grossesse, y compris les affections aiguës de l'arbre urinaire : 316 observations.
 - d) Maladies ou accidents survenant du côté de l'utérus, œuf ou fœtus : 42 observations.

- 4° Cette étude nous a permis de mettre en évidence la fréquence relative les unes par rapport aux autres des différentes maladies des femmes enceintes.
- 5° Elle nous a aussi fourni l'occasion d'étudier différents points particuliers ayant fait spécialement l'objet de recherches à la clinique. Elle nous a permis d'exposer une classification des faits pathologiques observés chez les femmes enceintes, classification qui paraît indispensable si l'on veut poursuivre avec fruit les recherches concernant les maladies spéciales à l'état de gestation.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
VORON.

VU : LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER.

LYON, LE 4 DÉCEMBRE 1941,

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
R.-E. GAU.

